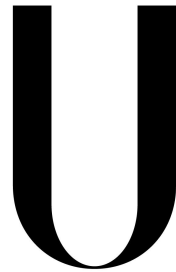


Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Caracterização clínica e epidemiológica de doentes com Síndrome
de Ardor Bucal numa população portuguesa**

Catarina Isabel Lopes Marques

Orientador:

Professor Doutor Filipe Marinho Ferraz Freitas

Coorientador:

Professor Doutor André Gonçalo Coutinho Rodrigues Moreira

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2025

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Caracterização clínica e epidemiológica de doentes com Síndrome
de Ardor Bucal numa população portuguesa**

Catarina Isabel Lopes Marques

Orientador:

Professor Doutor Filipe Marinho Ferraz Freitas

Coorientador:

Professor Doutor André Gonçalo Coutinho Rodrigues Moreira

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2025

AGRADECIMENTOS

Após cinco anos cheios de aprendizagem, esta etapa chega ao fim. Com o fim estão presentes dois sentimentos. Felicidade, pela conclusão de uma fase e a nostalgia. Gostaria de agradecer às pessoas que fizeram deste caminho uma possibilidade.

Ao meu orientador, Professor Doutor Filipe Freitas, agradeço todo o tempo dispendido para me ajudar, todos os conselhos e motivação. É um exemplo de determinação, excelência e conhecimento.

Ao meu coorientador, Professor Doutor André Moreira, pelo profissional de referência que é no mundo da Medicina Dentária.

A todo o departamento de Cirurgia e Medicina Oral, por todos os ensinamentos, boas práticas que transmitem a todos os alunos e por terem despertado a paixão pela Cirurgia Oral que tenho em mim. Agradeço, também, em especial à Dra. Daniela Abreu pela disponibilidade que sempre teve em esclarecer as minhas dúvidas e me levar a querer saber mais. A si, o meu muito obrigada.

À minha amiga e dupla, Sara Fernandes, por estes dois anos de clínica incríveis. Foi tão bom poder ver-te trabalhar de perto e ver a profissional em que te tornaste. Sem ti não teria sido a mesma coisa, a clínica foi leve e devo-te isso a ti. E porque a vida não é só trabalho agradeço também por todos os momentos divertidos e conversas que tivemos. Acho que fomos um bom equilíbrio e espero que um dia voltemos a trabalhar juntas.

À minha amiga Helena Bruno, agradeço pela paciência, todos os momentos que vivemos, por acreditares em mim e por fazeres destes anos tão divertidos. Quem diria que iríamos acabar assim?

À minha família, pela confiança que depositaram em mim e pela força que me deram.

Ao meu pai e aos meus avós Lurdes e Álvaro pelas palavras de encorajamento e por sempre acreditarem nas minhas capacidades.

Ao meu irmão e ao Mário, por me acompanharem de perto e por me motivarem diariamente.

À minha mãe, por todo o apoio desmedido, por me perceberes, por me acompanhares, por me incentivares, por nunca duvidares de mim, por todos os valores que me transmitiste. Qualquer agradecimento que aqui possa escrever, não irá fazer jus aquilo que sinto. Sem ti, este caminho não era possível.

À minha avó Nanda, por estares sempre presente, por dizeres que gostas de mim e acreditares em mim.

Ao Diogo. Obrigada, meu amor. Por todas as palavras que disseste quando eu mais precisava, por seres o meu porto seguro, por me teres acompanhado em todo este percurso, por me respeitares, por me ajudares a ser quem sou. Não posso deixar de agradecer também por todo o auxílio com o Typst. Obrigada por toda a ajuda que me deste em todos os campos da minha vida.

E por fim, obrigada ao meu avô Eduardo. Eu sei que esteja onde estiver, vais ser sempre a estrela que brilha mais. Obrigada por me incentivares desde pequena e sei que, se estivesses aqui, terias muito orgulho em mim.

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Ardor Bucal (SAB) é uma condição crónica caracterizada pela presença de dor, do tipo ardor, sentida superficialmente na mucosa oral, por mais de 2 horas por dia durante mais de 3 meses, tendo sido excluídas eventuais causas locais ou sistémicas. Surge, muitas vezes, associada a sintomas como a xerostomia e a disgeusia. Vários estudos sugerem uma associação da SAB com fatores psicológicos ou psiquiátricos, como ansiedade, a depressão, a insónia ou a hipocondria.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo caracterizar clínica e epidemiologicamente os doentes diagnosticados com SAB na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, bem como identificar possíveis associações estatísticas entre variáveis clínicas, demográficas e psicossociais.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional descritivo transversal, do tipo série de casos, baseado na análise de 28 processos clínicos de doentes com diagnóstico de SAB. Os dados foram recolhidos de processos em suporte papel e digital e analisados com recurso ao software SPSS (v29.0).

Resultados: A amostra estudada foi composta por 24 mulheres (85.7%) e 4 homens (14.3%), com uma média de idades de 66.96 anos. A língua foi a localização mais frequente da sintomatologia (64.3%), sendo os sintomas predominantemente bilaterais. A xerostomia foi referida por 60.7% dos doentes, mas apenas 14.3% apresentavam hipossalialia. Ansiedade foi reportada em 42.9% dos casos e 57.1% encontravam-se medicados com psicofármacos. A dor inicial teve uma média de 8.63 (escala de 0 a 10), reduzindo para 3.86 na última consulta. O fármaco mais utilizado foi o clonazepam. Não foi possível identificar relações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas.

Conclusão: Os dados resultantes deste estudo estão de acordo com a literatura científica publicada, reforçando padrões já descritos. Verifica-se, no entanto, uma possível sobreposição da SAB com a Perturbação de Sintomas Somáticos, o que poderá contribuir para uma melhor compreensão desta complexa entidade clínica, com forte impacto negativo na qualidade de vida dos doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Ardor bucal, Xerostomia, Disgeusia, Ansiedade, DSM-V

ABSTRACT

Introduction: Burning Mouth Syndrome (BMS) is a chronic condition characterized by a burning-type pain felt superficially on the oral mucosa for more than 2 hours per day over a period longer than 3 months, after excluding possible local or systemic causes. It often appears in association with symptoms such as xerostomia and dysgeusia. Several studies suggest a link between BMS and psychological or psychiatric factors, such as anxiety, depression, insomnia, or hypochondria.

Aim: This study aims to clinically and epidemiologically characterize patients diagnosed with BMS at the Faculty of Dental Medicine, University of Lisbon, as well as to identify possible statistical associations between clinical, demographic, and psychosocial variables.

Materials and methods: An observational, descriptive, cross-sectional case series study was conducted, based on the analysis of 28 clinical records of patients diagnosed with BMS. Data were collected from both paper and digital records and analyzed using SPSS software (v29.0).

Results: The study sample consisted of 24 women (85.7%) and 4 men (14.3%), with a mean age of 66.96 years. The tongue was the most common location of symptoms (64.3%), with symptoms predominantly bilateral. Xerostomia was reported by 60.7% of patients, but only 14.3% had hyposalivation. Anxiety was reported in 42.9% of cases, and 57.1% were taking psychotropic medication. The initial pain had a mean score of 8.63 (on a scale from 0 to 10), decreasing to 3.86 at the last appointment. The most commonly used drug was clonazepam. No statistically significant relationships were found between the studied variables.

Conclusion: The results of this study are consistent with the published scientific literature, reinforcing previously described patterns. However, a possible overlap between BMS and Somatic Symptom Disorder was observed, which may contribute to a better understanding of this complex clinical entity, which has a strong negative impact on patients' quality of life.

KEYWORDS: Burning Mouth Syndrome, Xerostomia, Dysgeusia, Anxiety, DSM-V

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Objetivos | 4 |
| 3. Materiais e Métodos | 5 |
| 3.1. Tipo de estudo e local de investigação | 5 |
| 3.2. População alvo e seleção da amostra | 5 |
| 3.3. Método de recolha de dados | 6 |
| 3.4. Variáveis analisadas | 7 |
| 3.5. Análise estatística | 8 |
| 3.6. Considerações Éticas e Deontológicas | 8 |
| 4. Resultados | 9 |
| 4.1. Análise descritiva | 9 |
| 4.2. Estatística Analítica | 16 |
| 5. Discussão | 20 |
| 6. Conclusões | 28 |
| Bibliografia | 30 |
| 7. Anexos e Apêndices | 33 |
| 7.1. Anexo I - Parecer da Comissão de Ética ao Protocolo de Investigação | 33 |
| 7.2. Anexo II | 34 |
| 7.2.1. Critérios diagnósticos do Transtorno de Sintomas Somáticos do DSM-V . . . | 34 |
| 7.3. Apêndice I - Caracterização das variáveis estudadas | 35 |
| 7.4. Apêndice II - Estatística Descritiva | 37 |
| 7.5. Apêndice III - Estatística Analítica | 40 |

Lista de Quadros

| | |
|---|---|
| Quadro 1 Critérios de diagnóstico ICOP e ICHD-3 | 1 |
|---|---|

Lista de Tabelas

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 1 | Distribuição dos participantes por sexo e idoso/não idoso | 9 |
| Tabela 2 | Idade | 9 |
| Tabela 3 | Hábitos tabágicos e alcoólicos | 10 |
| Tabela 4 | Perturbações psiquiátricas e fármacos | 11 |
| Tabela 5 | Localização da sintomatologia | 12 |
| Tabela 6 | Sintomatologia | 13 |
| Tabela 7 | Xerostomia e função salivar | 14 |
| Tabela 8 | Intensidade da sintomatologia | 14 |
| Tabela 9 | Intensidade da dor de 0 a 10 e Tempo em meses | 14 |
| Tabela 10 | Terapêutica instituída | 15 |
| Tabela 11 | Associação entre ser ou não idoso e o sexo | 16 |
| Tabela 12 | Associação entre ansiedade e perturbações do sono | 17 |
| Tabela 13 | Associação entre a Função salivar e Xerostomia | 17 |
| Tabela 14 | Associação entre a Xerostomia e a sensação de queimadura/ardor | 18 |
| Tabela 15 | Associação entre Disgeusia/Hipogeusia e a sensação de queimadura/ardor | 18 |
| Tabela 16 | Correlação entre o tempo até ao diagnóstico e a Intensidade da dor na 1ª consulta | 19 |

Lista de Gráficos

| | |
|--|---|
| Gráfico 1 Distribuição da década de vida | 9 |
|--|---|

Lista de Abreviaturas

ALA - Ácido alfa-lipóico

BMS - Burning Mouth Syndrome

CCMOI - Clínica de Cirurgia e Medicina Oral I

CCMOII - Clínica de Cirurgia e Medicina Oral II

DOF - Dor Orofacial

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5.^a edição

ECiru - Pós-graduação de especialização em Cirurgia Oral

ESS - Epworth Sleepiness Scale

FMDUL - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

HAM-A - Hamilton Rating Scale for Anxiety

HAM-D - Hamilton Rating Scale for Depression

ICHD-3 - International Classification of Headache Disorders

ICOP - International Classification of Orofacial Pain

MPO - Medicina e Patologia Oral

PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index

SAB - Síndrome de Ardor Bucal

% - Percentagem

1. Introdução

A Síndrome de Ardor Bucal (SAB) é uma condição crónica de dor orofacial.⁽¹⁾ É definida pela *International Classification of Orofacial Pain (ICOP)*⁽²⁾ e pelo *International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)*⁽³⁾ como sendo uma dor, que ocorre mais de 2 horas por dia durante mais de 3 meses, sem nenhuma lesão causativa identificável, com ou sem mudanças somatosensoriais.⁽²⁾ A esta definição somam-se os critérios do Quadro 1.

Quadro 1: Critérios de diagnóstico ICOP e ICHD-3

ICOP e ICHD-3

- | |
|---|
| A. Dor oral preenchendo os critérios B e C |
| B. Recorrente diariamente durante >2 horas por dia durante >3 meses |
| C. A dor tem ambas as características: <ul style="list-style-type: none">• 1. Sensação de ardor• 2. Sentida superficialmente na mucosa |
| D. Mucosa oral de aparência normal, e causas locais ou sistémicas foram excluídas |
| E. Não é melhor explicado por outro diagnóstico ICOP ou ICHD-3. |

A prevalência é maior no sexo feminino, variando de 1.15% a 11.28%. Em doentes acima dos 50 anos é de 3.31% e em idades inferiores a 50 anos baixa para 1.92%, sendo que em mulheres pós-menopausa eleva-se até 40%. Embora tenha sido estabelecida uma relação entre o sexo feminino, a idade avançada e a SAB na literatura, até ao momento não foi encontrada evidência científica sólida que comprove esta relação de forma estatisticamente significativa. Acredita-se, no entanto, que esta correlação possa ter como base determinados comportamentos, fatores hormonais ou diferenças biológicas entre os sexos. No sexo masculino a prevalência encontra-se entre 0.38% e 3.75%, dependendo se o estudo é de base populacional ou é um estudo clínico.⁽⁴⁻⁶⁾

Esta síndrome é caracterizada por uma sensação de queimadura, geralmente associada a disgeusia (alterações de paladar), xerostomia (sensação de boca seca), disestesia (alterações na sensibilidade), estomatodinea (dor na mucosa), cacogeusia (sabor metálico), disosmia (alte-

rações no olfato), disfagia (dificuldade na deglutição) e globo faríngeo (sensação de corpo estranho na faringe), não sendo estas, consequências de qualquer patologia sistémica ou qualquer lesão oral clinicamente evidente.^(6,7)

A sintomatologia é descrita em várias zonas da cavidade oral, tais como no rebordo alveolar, mucosa jugal, língua, pavimento lingual, gengiva, lábios e mucosa labial, palato mole e palato duro, orofaringe, em toda a cavidade oral ou mesmo sem localização específica, podendo ser unilateral ou bilateral.^(6,8)

Tal como noutras condições de dor crónica, factores como uma vida stressante e doenças psicológicas, com ansiedade e depressão, estão associados a doentes com SAB.^(4,8)

Para o tratamento da sintomatologia associada à SAB, podem ser utilizados diversos agentes farmacológicos, isoladamente ou em combinação. Entre os principais fármacos destacam-se as benzodiazepinas, os antidepressivos tricíclicos, os gabapentinoídes, os corticosteroides, a capsaicina e o ácido alfa-lipóico (ALA).⁽⁹⁾

O clonazepam, uma benzodiazepina frequentemente prescrita, é habitualmente administrado sob a forma de comprimido orodispersível ou em formulação de uso sistémico. A sua utilização local consiste na retenção do fármaco na cavidade oral durante aproximadamente três minutos, sendo posteriormente expelido; em alternativa, pode ser engolido para obtenção de efeito sistémico. Algumas investigações afirmam que o clonazepam quando utilizado de forma tópica, tem efeito terapêutico local, sem qualquer absorção sistémica. Este vai alterar as vias da dor.⁽⁹⁾ Os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, e os gabapentinoídes, como a gabapentina ou a pregabalina, são geralmente administrados por via oral, sob a forma de comprimidos com ação sistémica.

Já a capsaicina pode ser utilizada em formulação tópica, nomeadamente em gel, com aplicação direta nas áreas sintomáticas.

De acordo com a literatura, a implementação destas abordagens terapêuticas tem demonstrado resultados promissores, com relatos de melhoria nos sintomas de aproximadamente 75% dos doentes tratados.⁽⁹⁾

2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo principal realizar a caracterização dos doentes que recorreram à consulta de Medicina e Patologia Oral (MPO) na Clínica de Cirurgia Oral I e II (CCMOI e CCMOII) da pré-graduação, bem como na clínica da pós-graduação em Cirurgia Oral (ECiru), da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) e que obtiveram diagnóstico de SAB.

Esta caracterização incide sobre múltiplos aspetos clínicos e epidemiológicos relevantes, incluindo o sexo e a idade dos pacientes, a presença de hábitos considerados nocivos (como tabagismo ou consumo de álcool), a existência de doenças psiquiátricas, bem como o tipo e a localização da sintomatologia relatada. Além disso, são também analisados o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico, a intensidade da dor percebida pelos doentes e os tipo de tratamento farmacológico prescrito.

Como objetivo secundário, o estudo procura identificar possíveis relações estatisticamente significativas entre as diferentes variáveis analisadas, de forma a compreender melhor o perfil clínico destes doentes e a possível interdependência entre fatores sociodemográficos, psicológicos, clínicos e terapêuticos.

Deste modo, este estudo visa não só enriquecer o conhecimento científico sobre a SAB, como também fornecer bases concretas que permitam otimizar a prática clínica, nomeadamente no que respeita ao diagnóstico precoce, à gestão dos sintomas e à individualização do tratamento.

3. Materiais e Métodos

3.1. Tipo de estudo e local de investigação

Com o intuito de cumprir os objetivos do presente trabalho, foi desenvolvido um estudo observacional, descritivo e transversal, enquadrado metodologicamente como uma série de casos. Esta abordagem permitiu documentar e analisar as características clínicas e epidemiológicas de um conjunto de doentes com diagnóstico de SAB, seguidos em contexto clínico académico na FMDUL.

3.2. População alvo e seleção da amostra

A população-alvo deste estudo incluiu todos os doentes que recorreram a consultas de Medicina e Patologia Oral (MPO) nas unidades curriculares de CCMOI, CCMOII e ECiru, na clínica universitária da FMDUL, e que receberam o diagnóstico de SAB, conforme os critérios estabelecidos pela *ICOP* e pela *ICHD*. Este diagnóstico constituiu o critério de inclusão no estudo.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

1. Mulheres grávidas;
2. Doentes submetidos a radioterapia;
3. Casos de incerteza diagnóstica.

Uma vez que estas condições podem originar sintomatologia semelhante à da SAB, podendo interferir na clareza de diagnóstico e comprometer a validade dos resultados.

Após a análise dos 246 processos clínicos de doentes que recorreram a consultas de MPO, foram identificados 29 casos com diagnóstico de SAB, tendo um sido excluído por incerteza diagnóstica. Assim, foram incluídos 28 doentes no presente estudo.

3.3. Método de recolha de dados

A recolha de dados para esta investigação foi realizada nos meses de fevereiro, março e abril de 2025, tendo sido analisados os processos clínicos em suporte papel, do arquivo das unidades de CCMO e ECiru, bem como os processos digitais disponíveis no sistema de gestão de clínicas *Newsoft DS*. Os dados provenientes de ambas as fontes foram cruzados com o objetivo de garantir maior fiabilidade e informação mais completa.

A análise teve início através da consulta dos processos clínicos em papel, cujos dados foram inseridos numa base de dados no *software IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences- versão 29.0)*.

A partir da listagem dos números de processo, foi efetuada a verificação do histórico de consultas nos processos digitais. Através do sistema *Newsoft DS*, foi possível obter uma listagem dos pacientes que frequentaram consultas de MPO, sendo os processos analisados individualmente.

3.4. Variáveis analisadas

As variáveis analisadas foram:

- | | |
|---|--|
| 1. Sexo | 2. Idade na 1.ª consulta |
| 3. Década de vida | 4. Idoso |
| 5. Hábitos tabágicos | 6. Hábitos alcoólicos |
| 7. Perturbação do sono | 8. Cancerofobia |
| 9. Ansiedade | 10. Depressão |
| 11. Psicofármacos | 12. Sintomatologia uni/bilateral |
| 13. Sintomatologia em toda a boca | 14. Língua |
| 15. Pavimento lingual | 16. Palato |
| 17. Gengiva/rebordo alveolar | 18. Lábios |
| 19. Mucosa jugal | 20. Orofaringe |
| 21. Xerostomia | 22. Dor tipo queimadura/ardor |
| 23. Disestesia/parestesia | 24. Estomatodinea |
| 25. Disgeusia/hipogeusia | 26. Disosmia/hiposomia |
| 27. Disfagia/odinofagia | 28. Globo faríngeo/corpo estranho |
| 29. Função salivar | 30. Tempo até ao diagnóstico |
| 31. Tempo de acompanhamento | 32. Intensidade de dor na 1.ª consulta |
| 33. Intensidade de dor na última consulta | 34. Redução da dor |
| 35. Tipo de terapêutica instituída | 36. Tipo de terapêutica medicamentosa instituída |
| 37. Terapêutica não medicamentosa | 38. Agravamento da sintomatologia |

A designação das variáveis utilizadas, categorias das variáveis e tipo de variável encontram-se descritas em maior pormenor no Apêndice I.

3.5. Análise estatística

Os dados recolhidos foram introduzidos e analisados no software IBM SPSS Statistics, versão 29.0 para *Windows*, onde cada linha corresponde a um código de participante e cada coluna representa uma variável.

A análise descritiva incluiu a determinação das frequências absolutas e relativas das variáveis.

A análise analítica foi realizada através da aplicação de testes estatísticos apropriados, nomeadamente o teste exato de Fisher, o teste Qui-quadrado e o teste de correlação de Spearman, consoante a natureza das variáveis em estudo.

Dado o reduzido número de casos, os pressupostos necessários à aplicação do teste do Qui-quadrado não foram cumpridos, comprometendo a validade dos seus resultados. Assim, optou-se preferencialmente pela utilização do teste exato de Fisher na análise das associações entre variáveis.

Em todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.6. Considerações Éticas e Deontológicas

O protocolo da investigação foi submetido à Comissão de Ética da FMDUL, tendo obtido parecer favorável em 21 de outubro de 2024 (Anexo I).

Para assegurar a confidencialidade dos dados, foi atribuído um número aleatório a cada processo. Após a conclusão do estudo, o documento *Excel* que continha a atribuição de números aos processos clínicos foi eliminado.

4. Resultados

4.1. Análise descritiva

A amostra é composta por 28 indivíduos, dos quais 24 (85.7%) são do sexo feminino e 4 (14.3%) do sexo masculino. A média de idades é de 66.96 anos, com valores compreendidos entre os 38 e os 84 anos, estando discriminados no Apêndice II. A década de vida mais representada é a oitava (70–79 anos), seguida da sétima (60–69 anos). A maioria dos participantes (60.7%) enquadra-se na categoria idoso (idade superior a 65 anos).

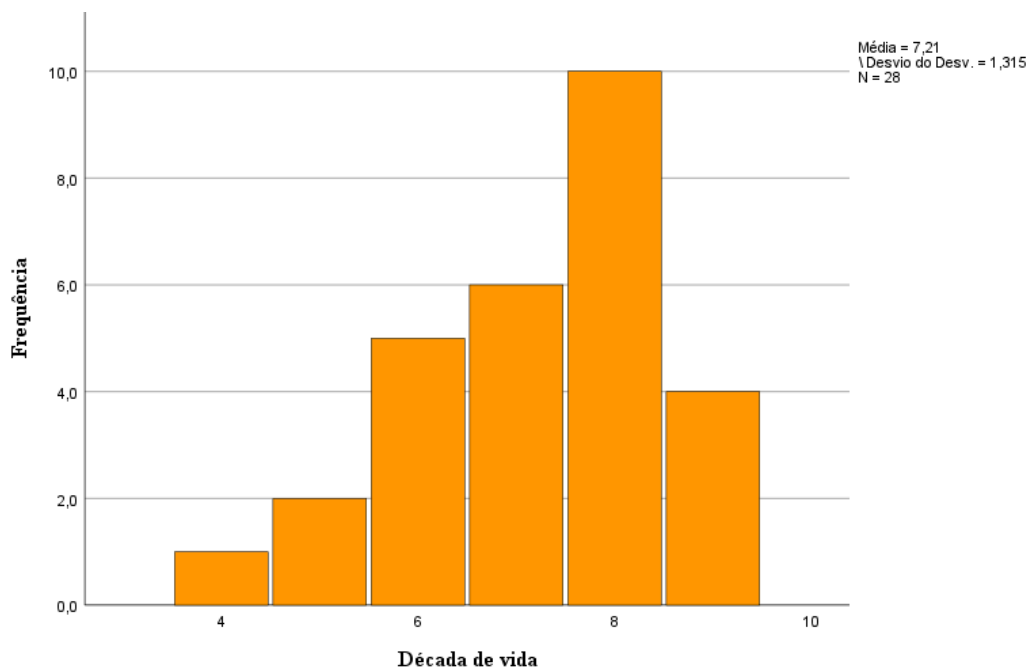
Tabela 1: Distribuição dos participantes por sexo e idoso/não idoso

| | Frequência Absoluta | Frequência Relativa |
|--------------|----------------------------|----------------------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 24 | 85.7% |
| Masculino | 4 | 14.3% |
| Total | 28 | 100% |
| Idoso | | |
| Não | 11 | 39.3% |
| Sim | 17 | 60.7% |

Tabela 2: Idade

| | Mínimo | Máximo | Média |
|-------|---------------|---------------|--------------|
| Idade | 38 | 84 | 66.96 |

Gráfico 1: Distribuição da década de vida



Relativamente aos hábitos tabágicos, 78.6% dos doentes são não fumadores, 7.1% declararam ser fumadores, e em 14.3% dos casos não foi possível obter informação quanto ao consumo de tabaco.

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, 75.0% dos indivíduos com diagnóstico de SAB referem não ter este hábito, 7.1% relatam consumo ocasional, 3.6% afirmam consumir diariamente, enquanto em 14.3% a informação não se encontrou registada nos processos clínicos.

Tabela 3: Hábitos tabágicos e alcoólicos

| | Frequência Absoluta | Frequência Relativa | F. Relativa válida |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Hábitos tabágicos | | | |
| Não | 22 | 78.6% | 91.7% |
| Sim | 2 | 7.1% | 8.3% |
| Omissos | 4 | 14.3% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Hábitos alcoólicos | | | |
| Não | 21 | 75% | 87.5% |
| Ocasionalmente | 2 | 7.1% | 8.3% |
| Diariamente | 1 | 3.6% | 4.2% |
| Omissos | 4 | 14.3% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

Em relação às do perturbações do sono, 35.7% dos doentes apresentam alterações do padrão de sono, enquanto 57.1% não dispunha de dados clínicos registados relativamente a esta variável.

Quanto ao estado psicológico, 42.9% dos indivíduos têm diagnóstico de ansiedade e 17.9% de depressão.

No que se refere à utilização de psicofármacos, verificou-se que 57.1% dos doentes se encontram medicados com psicofármacos, nomeadamente antidepressivos, ansiolíticos ou antipsicóticos.

Quanto à presença de sintomas de cancerofobia ou hipocondria, 14.3% dos participantes revelam este tipo de preocupações (sendo a percentagem válida de 66.7%), 7.1% não apresentam tais características, e em 78.6% dos casos não existe registo clínico sobre esta variável.

Tabela 4: Perturbações psiquiátricas e fármacos

| | F. Absoluta | F. Relativa | F. Relativa válida |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Perturbação do sono | | | |
| Não | 6 | 21.4% | 37.5% |
| Sim | 10 | 35.7% | 62.5% |
| Omissos | 12 | 42.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Ansiedade | | | |
| Não | 2 | 7.1% | 14.3% |
| Sim | 12 | 42.9% | 85.7% |
| Omissos | 14 | 50% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Depressão | | | |
| Não | 3 | 10.7% | 37.5% |
| Sim | 5 | 17.9% | 62.5% |
| Omissos | 20 | 71.4% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Psicofármacos | | | |
| Não | 7 | 25% | 30.4% |
| Sim | 16 | 57.1% | 69.6% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Cancerofobia/Hipocondria | | | |
| Não | 2 | 7.1% | 33.3% |
| Sim | 4 | 14.3% | 66.7% |
| Omissos | 22 | 78.6% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

Procedeu-se à avaliação detalhada da localização da sintomatologia referida pelos doentes e verificou-se que a maioria significativa, correspondente a 71.5% dos casos, apresenta uma distribuição bilateral dos sintomas. Para além disso, em 46.4% dos doentes, a sintomatologia manifesta-se de forma difusa, envolvendo toda a cavidade oral.

Quanto às localizações específicas dos sintomas, constatou-se que a língua foi a região mais frequentemente afetada, com 64.3% dos doentes a reportar sintomas nessa área. O palato duro e/ou mole é referido por 25.0% dos participantes. Outras áreas de manifestação incluem a gengiva ou rebordo alveolar (10.7%), os lábios (10.7%), o pavimento lingual (7.1%), a mucosa jugal (3.6%) e a orofaringe (3.6%).

Tabela 5: Localização da sintomatologia

| Localização | F. Absoluta | F. Relativa | F. Relativa válida |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Uni ou Bilateral | | | |
| Unilateral | 3 | 10.7% | 13% |
| Bilateral | 20 | 71.4% | 87% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Toda a cavidade oral | | | |
| Não | 10 | 35.7% | 43.5% |
| Sim | 13 | 46.4% | 56.5% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Palato | | | |
| Não | 16 | 57.1% | 69.6% |
| Sim | 7 | 25% | 30.4% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Gengiva/rebordo alveolar | | | |
| Não | 20 | 71.4% | 87% |
| Sim | 3 | 10.7% | 13% |
| Omissos | 12 | 42.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Língua | | | |
| Não | 5 | 17.9% | 21.7% |
| Sim | 18 | 64.3% | 78.3% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Pavimento lingual | | | |
| Não | 21 | 75% | 91.3% |
| Sim | 2 | 7.1% | 8.7% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Lábios | | | |
| Não | 20 | 71.4% | 87% |
| Sim | 3 | 10.7% | 13% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Mucosa jugal | | | |
| Não | 22 | 78.6% | 95.7% |
| Sim | 1 | 3.6% | 4.3% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Orofaringe | | | |
| Não | 22 | 78.6% | 95.7% |
| Sim | 1 | 3.6% | 4.3% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

A apresentação do tipo de dor variou entre os doentes. A maior parte (71.4%) refere dor com características de queimadura ou ardor. Em 3.6% dos casos, é relatada disestesia ou sensação de parestesia, enquanto 10.7% apresentam estomatodinia. Sintomas de disgeusia ou hipogeusia foram identificados em 53.6% dos doentes, e 10.7% referiram disfagia ou odinofagia. Além disso, 3.6% descrevem sensação de globo faríngeo ou de corpo estranho. Não foram registados casos de disosmia ou hiposmia.

Tabela 6: Sintomatologia

| Sintomatologia | F. Absoluta | F. Relativa | F. Relativa válida |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Dor tipo queimadura/ardor | | | |
| Não | 3 | 10.7% | 13% |
| Sim | 20 | 71.4% | 87% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Disestesia/parestesia | | | |
| Não | 22 | 78.6% | 95.7% |
| Sim | 1 | 3.6% | 4.3% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Estomatodinea | | | |
| Não | 20 | 71.4% | 87% |
| Sim | 3 | 10.7% | 13% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Disgeusia/Hipogeusia | | | |
| Não | 8 | 28.6% | 34.8% |
| Sim | 15 | 53.6% | 65.2% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Disosmia/Hiposomia | | | |
| Não | 23 | 82.1% | 100% |
| Sim | 0 | 0% | 0% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Disfagia/Odinofagia | | | |
| Não | 20 | 71.4% | 87% |
| Sim | 3 | 10.7% | 13% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Globo faríngeo/Corpo estranho | | | |
| Não | 22 | 78.6% | 95.7% |
| Sim | 1 | 3.6% | 4.3% |
| Omissos | 5 | 17.9% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

A maioria dos doentes com SAB apresenta queixas de xerostomia, correspondendo a 60.7% da amostra. Contudo, apenas 14.3% destes pacientes apresentam hipossalialia.

Tabela 7: Xerostomia e função salivar

| | F. Absoluta | F. Relativa | F. Relativa válida |
|-----------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Xerostomia | | | |
| Não | 5 | 17.9% | 22.7% |
| Sim | 17 | 60.7% | 77.3% |
| Omissos | 6 | 21.4% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Função salivar | | | |
| Hipossialia | 4 | 14.3% | 22.2% |
| Normossialia | 14 | 50% | 77.8% |
| Omissos | 10 | 35.7% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

A intensidade dos sintomas apresenta-se constante em apenas 3.6% dos doentes, enquanto em 50% dos casos foi observada uma variação na intensidade ao longo do dia.

Tabela 8: Intensidade da sintomatologia

| | F. Absoluta | F. Relativa | F. Relativa válida |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Intensidade da sintomatologia | | | |
| Intensidade constante | 1 | 3.6% | 6.7% |
| Variações de intensidade | 14 | 50% | 93.3% |
| Omissos | 13 | 46.4% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

Em média, os doentes demoram 35.16 meses desde o início dos sintomas até procurar consulta e ter o diagnóstico definitivo, com o intervalo variando entre 1 mês e 216 meses. O acompanhamento clínico dos pacientes teve uma duração média de 16.09 meses, sendo o acompanhamento mínimo de 1 mês e máximo de 130 meses.

A intensidade da dor, avaliada numa escala numérica de 0 a 10, apresenta valores entre 7 e 10 na primeira consulta, com uma média de 8.63. Na última consulta, observa-se uma diminuição significativa da intensidade da dor, com valores entre 0 e 10 e uma média de 3.86.

Tabela 9: Intensidade da dor de 0 a 10 e Tempo em meses

| | N | Mínimo | Máximo | Média |
|--|----------|---------------|---------------|--------------|
| Tempo até ao diagnóstico | 19 | 1 | 216 | 35.16 |
| Tempo de acompanhamento | 22 | 1 | 130 | 16.09 |
| Intensidade da dor na 1ª consulta | 8 | 7 | 10 | 8.63 |
| Intensidade da dor na última consulta | 7 | 0 | 10 | 3.86 |

Em 60.7% dos doentes foi instituída terapêutica medicamentosa de ação local e sistémica. Desses, a maioria (60.7%) foi medicado com clonazepam, enquanto 7.1% com uma combinação de clonazepam e amitriptilina, e outros 7.1% com clonazepam e gabapentina. Em 3.6% dos casos, a terapêutica incluiu clonazepam associado a pregabalina, e em 3.6% a combinação foi de clonazepam, nortriptilina, amitriptilina e capsaicina. Quanto aos doentes não medicados, estes representam 10.7% da amostra.

Adicionalmente, apenas 10.7% dos doentes foram submetidos a terapêutica não medicamentosa.

Tabela 10: Terapêutica instituída

| | F. Absoluta | F. Relativa | F. Relativa válida |
|---|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Tipo de terapêutica instituída | | | |
| Local | 6 | 21.4% | 24% |
| Local+Sistémica | 17 | 60.7% | 68% |
| Sem terapêutica | 2 | 7.1% | 8% |
| Omissos | 3 | 10.7% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Terapêutica instituída | | | |
| Clonazepam | 17 | 60.7% | 65.4% |
| Clonazepam+Amitriptilina | 2 | 7.1% | 7.7% |
| Clonazepam+Gabapentina | 2 | 7.1% | 7.7% |
| Clonazepam+Pregabalina | 1 | 3.6% | 3.8% |
| Clonazepam+Amitriptilina+Nortriptilina+Cap- | 1 | 3.6% | 3.8% |
| saícina | | | |
| Sem Terapêutica | 3 | 10.7% | 11.5% |
| Omissos | 2 | 7.1% | - |
| Total | 28 | 100% | - |
| Terapêutica não medicamentosa | | | |
| Não | 19 | 67.9% | 86.4% |
| Sim | 3 | 10.7% | 13.6% |
| Omissos | 6 | 21.4% | - |
| Total | 28 | 100% | - |

4.2. Estatística Analítica

No que concerne à associação entre o sexo e a condição de ser ou não idoso, conforme apresentado na Tabela 11, não se verificou uma relação estatisticamente significativa ($p = 0.527$). Estes resultados indicam que a distribuição entre homens e mulheres é semelhante tanto no grupo de idosos quanto no de não idosos, na amostra estudada.

Tabela 11: Associação entre ser ou não idoso e o sexo

| Sexo | Idoso | | Total |
|-----------|-------|-------|-------|
| | Não | Sim | |
| Feminino | 10 | 14 | 24 |
| % em sexo | 41.7% | 58.3% | 100% |
| Masculino | 1 | 3 | 4 |
| % em sexo | 25% | 75% | 100% |
| Total | 11 | 17 | 28 |
| % em sexo | 39.3% | 60.7% | 100% |

Teste exato de Fisher (bilateral) = 1.0

Foi analisada a relação entre a presença de perturbações do sono e o diagnóstico de ansiedade. Verificou-se que 100% dos indivíduos com perturbações do sono apresentavam ansiedade, face a 33.3% que não apresentavam nenhuma das referidas.

A análise estatística pelo teste do Qui-quadrado revelou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 5.143$; $p = 0.023$). No entanto, dado o incumprimento dos pressupostos do teste (todas as células com contagens esperadas inferiores a 5), recorreu-se ao teste exato de Fisher, cuja significância não atingiu o nível de 5% ($p = 0.083$), logo não se estabeleceu uma relação estatisticamente significativa.

Tabela 12: Associação entre ansiedade e perturbações do sono

| | | Ansiedade | | | |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|-------|-------|------|
| | | Não | Sim | Total | |
| Perturbação de sono | Não | 2 | 1 | 3 | |
| | % Perturbação de sono | 66.7% | 33.3% | 100% | |
| Total | Sim | 0 | 6 | 6 | |
| | % Perturbação de sono | 0% | 100% | 100% | |
| Total | | 2 | 7 | 9 | |
| | | % em Perturbação de sono | 22.2% | 77.8% | 100% |

Teste exato de Fisher (bilateral) = 0.083

Relativamente à relação entre xerostomia e a função salivar, todos os indivíduos não xerostómicos apresentavam normossialia (100%), enquanto 28.6% dos que referiram xerostomia eram realmente hipossialicos. Conforme ilustrado na Tabela 12, o teste exato de Fisher indicou a ausência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas. Desta forma, verifica-se que os doentes que referem xerostomia não apresentam necessariamente hipossialia.

Tabela 13: Associação entre a Função salivar e Xerostomia

| | | Função salivar | | | |
|------------|-----------------|-----------------------|--------------|-------|------|
| | | Hipossialia | Normossialia | Total | |
| Xerostomia | Não | 0 | 4 | 4 | |
| | % em xerostomia | 0% | 100% | 100% | |
| Total | Sim | 4 | 10 | 14 | |
| | % em xerostomia | 28.6% | 71.4% | 100% | |
| Total | | 4 | 14 | 18 | |
| | | % em xerostomia | 22.2% | 77.8% | 100% |

Teste exato de Fisher (bilateral) = 0.524

No que se refere à associação entre xerostomia e a sensação de queimadura/ardor, conforme evidenciado na Tabela 13, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa. Ou seja, a presença de xerostomia não tem relação estatística com o ardor, mesmo 72.2% apresentando ambos os sintomas.

Tabela 14: Associação entre a Xerostomia e a sensação de queimadura/ardor

| | | Xerostomia | | |
|------------------|-----------------------|-------------------|-------|-------|
| | | Não | Sim | Total |
| Queimadura/ardor | Não | 0 | 3 | 3 |
| | % em queimadura/ardor | 0% | 100% | 100% |
| | Sim | 5 | 13 | 18 |
| | % em queimadura/ardor | 27.8% | 72.2% | 100% |
| Total | | 4 | 14 | 18 |
| | % em queimadura/ardor | 23.8% | 76.2% | 100% |

Teste exato de Fisher (bilateral) = 0.549

O teste exato de Fisher foi aplicado com o intuito de avaliar a possível relação entre o sintoma de ardor e a presença de disgeusia, procurando determinar se o ardor influencia de algum modo a percepção gustativa destes doentes. O $p = 0.523$, valor este que se encontra acima do limiar de significância estatística (0.05) leva a concluir que não existe evidência estatística suficiente para afirmar a existência desta relação, apesar de 63.2% dos doentes com ardor apresentar alterações do paladar.

Tabela 15: Associação entre Disgeusia/Hipogeusia e a sensação de queimadura/ardor

| | | Disgeusia/Hipogeusia | | |
|------------------|-----------------------|-----------------------------|-------|-------|
| | | Não | Sim | Total |
| Queimadura/ardor | Não | 0 | 3 | 3 |
| | % em queimadura/ardor | 0% | 100% | 100% |
| | Sim | 7 | 12 | 19 |
| | % em queimadura/ardor | 36.8% | 63.2% | 100% |
| Total | | 7 | 15 | 22 |
| | % em queimadura/ardor | 31.8% | 68.2% | 100% |

Teste exato de Fisher (bilateral) = 0.523

As variáveis tempo até ao diagnóstico (medido em meses) e intensidade da dor na 1.^a consulta (avaliada numa escala de 0 a 10) foram analisadas através do teste de correlação de Spearman. O coeficiente de correlação obtido foi 0.359, o que indica uma correlação positiva de intensidade moderada entre as duas variáveis. Isto sugere que, à medida que o tempo até ao diagnóstico aumenta, a intensidade da dor na primeira consulta tende a aumentar ligeiramente.

Contudo, o valor de significância estatística associado a esta correlação foi $p = 0.553$, superior ao nível de significância (0.05). Este resultado mostra que a correlação observada não é estatisticamente significativa, pelo que não existem evidências suficientes para afirmar a existência de uma relação confiável entre o tempo até ao diagnóstico e a intensidade da dor na primeira consulta dentro da amostra estudada.

Antes da aplicação do teste de correlação de Spearman, procedeu-se à avaliação da normalidade das variáveis “tempo até ao diagnóstico” e “intensidade da dor na 1.^a consulta”, utilizando o teste de Shapiro-Wilk, indicado para amostras de tamanho reduzido. A verificação destes pressupostos é essencial para a seleção adequada do método estatístico de correlação. Considerando que as variáveis não apresentaram distribuição normal, optou-se pela aplicação do teste de correlação não paramétrico de Spearman, que não exige normalidade dos dados e é mais apropriado para analisar associações entre variáveis sem distribuição normal.

Tabela 16: Correlação entre o tempo até ao diagnóstico e a Intensidade da dor na 1.^a consulta

| | | T até ao diagnóstico | | Intensidade dor 1.^a consulta | |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------|--|--|
| T até ao diagnóstico | Coeficiente de correlação | 1 | 0.359 | | |
| | Significância | - | 0.553 | | |
| | N | 19 | 5 | | |
| Intensidade dor 1. ^a consulta | Coeficiente de correlação | 0.359 | 1 | | |
| | Significância | 0.553 | - | | |
| | N | 5 | 8 | | |

5. Discussão

A Síndrome do Ardor Bucal tem um impacto significativo na qualidade de vida e no bem-estar geral dos indivíduos afetados. Vários doentes relatam alterações no humor e no estado emocional, interferência nas suas atividades quotidianas, limitação da vida social e dificuldades na alimentação, sobretudo devido à dor persistente e intensa associada à patologia. Em alguns casos, a intensidade e cronicidade dos sintomas pode assumir um carácter debilitante, comprometendo de forma substancial a saúde mental.⁽¹⁰⁻¹²⁾

O presente estudo contou com a participação de 28 pacientes observados em consulta na FMDUL, todos com diagnóstico confirmado de SAB. Apesar de se tratar de uma amostra de dimensão reduzida, esta encontra-se dentro do intervalo de tamanhos amostrais (entre 22 e 236 doentes) reportados nos estudos incluídos na revisão sistemática de *Lima-Souza et al.*, conferindo-lhe validade e enquadramento científico adequado.⁽⁶⁾

Tal como descrito na literatura, ainda que exista uma ampla variação etária entre os indivíduos diagnosticados com SAB, observa-se uma maior prevalência em idades mais avançadas. No presente estudo, verificou-se que a oitava década de vida (70–79 anos) foi a mais representada, englobando 35.7% da amostra. Este dado diverge ligeiramente da literatura, onde se assinala uma maior incidência na sexta (50–59 anos) e sétima (60–69 anos) décadas de vida. Ainda assim, estes resultados permitem corroborar que uma parte significativa dos doentes com SAB são efetivamente idosos, sendo que, neste estudo, 60.7% dos participantes tinham mais de 65 anos.

A média de idades da amostra analisada foi de 66.96 anos, variando entre os 38 e os 84 anos, sendo 85.7% do sexo feminino. Estes valores estão de acordo com os reportados na literatura científica. *Lima-Souza et al.* apontam para uma média de idades de 58.5 ± 6.1 anos, com idades compreendidas entre os 37 e os 77 anos, sendo 82.3% dos casos registados em mulheres.⁽⁶⁾ Já *Shuangshuang et al.* afirmam que 51% a 60.1% são do sexo feminino.⁽⁴⁾

Apesar de a presente amostra não permitir estabelecer, de forma estatística, uma associação entre sexo, idade e presença de SAB — devido, em grande parte, à sua dimensão reduzida — os dados observados seguem a tendência já documentada em estudos prévios. A predominância do sexo feminino e a frequência mais elevada entre idosos reforçam o padrão clínico frequentemente identificado nesta síndrome, indo ao encontro do que está descrito na literatura.

Na presente investigação, foram recolhidos dados relativos aos hábitos tabágicos e alcoólicos dos doentes com SAB. Verificou-se que 7.1% dos participantes eram fumadores, 7.1% consumiam bebidas alcoólicas de forma ocasional e 3.6% apresentavam consumo diário de bebidas alcoólicas. De acordo com *Kohorst et al.*, 11.2% dos doentes com SAB eram fumadores, percentagem ligeiramente superior à observada neste estudo. Não foi possível identificar, na literatura consultada, outros estudos que referissem especificamente estes hábitos em doentes com SAB.⁽¹³⁾

Durante a análise dos processos clínicos dos doentes incluídos no estudo, procedeu-se ao registo de dados relativos à história médica, tais como o diagnóstico de depressão, ansiedade e perturbações do sono. No entanto, importa referir, uma vez que não se realizou contacto direto com os doentes, não foi possível aplicar instrumentos de avaliação como questionários psicométricos, tal como se verificou noutros estudos. Por exemplo, *Lima-Souza et al.* recorreram a escalas específicas para a avaliação da depressão e da ansiedade, nomeadamente a *Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)* e a *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)*, respetivamente. Para avaliação da qualidade do sono, foram aplicados o *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* e a *Epworth Sleepiness Scale (ESS)*, instrumentos amplamente utilizados na investigação clínica.⁽⁶⁾

De acordo com os dados reportados por *Lee et al.*, os doentes com perturbações do sono apresentavam um quadro sintomático mais intenso e prolongado, muitas vezes com duração superior a dois anos, comparativamente aos que não reportam tais alterações. Além disso, estes doentes tendem a apresentar níveis mais elevados de *stress* e menor concentração de estradiol.^(5,8) Ainda segundo o mesmo estudo, 81.5% dos doentes com SAB referem dificuldades em dormir, e 66%

manifestam catastrofização da dor, o que demonstra o peso da componente psicossocial nesta patologia.^(5,8)

A análise estatística, do presente estudo, não revelou uma associação significativa entre a presença de perturbações do sono e sintomas de ansiedade, uma vez que o resultado obtido não atingiu o nível de significância estatística. No entanto, observou-se uma tendência sugestiva de maior prevalência de ansiedade entre os doentes com perturbações do sono, o que poderá indicar uma possível relação entre ambas as variáveis. Esta ausência de relação estatística poderá ser justificada pela dimensão reduzida da amostra e pela existência de dados omissos em diversos registos clínicos. Ainda assim, é de notar que, entre os doentes com perturbações do sono, a prevalência de ansiedade foi de 100%.

Os dados revelaram que os doentes com SAB apresentam frequentemente sintomatologia ansiosa e depressiva, resultado que vai ao encontro do que está descrito na literatura. Neste estudo, 85.7% (valor de percentagem válida) dos doentes apresentavam ansiedade, e 62.5% (valor de percentagem válida) tinham diagnóstico de depressão. Embora os dados observados sugiram uma associação entre estas variáveis, não é possível estabelecer uma relação de causa-efeito. Alguns autores defendem que a ansiedade e a depressão podem ser consequências secundárias da SAB, enquanto outros apontam para a possibilidade de a sintomatologia psicopatológica estar na origem da síndrome, sendo uma manifestação somática de transtornos psiquiátricos já existentes.⁽¹⁰⁾

A disestesia oral — atualmente reconhecida como um dos principais sintomas da SAB — tem sido associada a doenças psicossomáticas desde a década de 1920.⁽¹⁰⁾ A somatização, definida como a manifestação do *stress* sob a forma de sintomas físicos, é uma componente frequentemente presente em doentes com SAB. O DSM-V, Classificação das Doenças Psiquiátricas, introduziu um novo capítulo intitulado “*Perturbação de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas*”, caracterizando estes quadros clínicos pela presença de sintomas somáticos associados a sofrimento subjetivo e prejuízo funcional significativos. As semelhanças entre esta perturbação e a SAB são notórias: ambos envolvem sintomas físicos com forte

impacto na qualidade de vida, que não são manifestações de outra doença. Em ambas as mulheres são predominantes. É, ainda, comum que os doentes não associem a sintomatologia a acontecimentos concretos das suas vidas, tal como referido nos critérios do DSM-V (Anexo II).^(10,14)

Dos doentes incluídos neste estudo, 66.7% (valor de percentagem válida) apresentavam sinais de hipocondria ou cancerofobia. Esta característica levou muitos a procurar a FMDUL para obtenção de uma segunda opinião médica. Este comportamento também é observado entre os doentes com Perturbação de Sintomas Somáticos.⁽¹⁴⁾

A relação direta entre a SAB e a Perturbação de Sintomas Somáticos ainda não está estabelecida na literatura. Deste modo, são necessários mais estudos com amostras alargadas e metodologias padronizadas para melhor compreender a natureza desta relação e as suas implicações clínicas.

Tal como na Perturbação de Sintomas Somáticos, a SAB tem como tratamento fármacos que atuam na modulação da via central da dor. Entre os mais utilizados encontram-se os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, as substâncias gabapentinoídes como a gabapentina e as benzodiazepinas, com destaque para o clonazepam. Esta sobreposição terapêutica sugere uma possível semelhança na fisiopatologia entre ambas as entidades clínicas.⁽¹⁰⁾

De acordo com *Fenelon et al.*, observou-se uma redução significativa da dor, desde a primeira avaliação até três meses após o início da terapêutica. Ambos os fármacos, clonazepam e amitriptilina, revelaram eficácia. O clonazepam apresenta efeito mais cedo em comparação com a amitriptilina. Esta última foi administrada preferencialmente à noite, tal como no presente estudo, devido ao seu efeito sedativo. No entanto, ao fim de três meses *Fenelon et al.*, não registaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois.⁽¹⁵⁾

Neste estudo, na primeira consulta, a média da dor referida foi de 8.63, utilizando uma escala numérica de 0 a 10, e segundo *Lima-Souza et al.* a média de dor na primeira consulta foi de 10.⁽⁶⁾ Na presente investigação, a dor na última consulta desceu para 3.86.

Verificou-se também a existência de uma correlação de intensidade moderada entre o tempo até ao diagnóstico e a intensidade da dor na primeira consulta, o que poderá evidenciar que a sintomatologia poder-se-á agravar quanto mais tempo decorrer até ao diagnóstico. Mas apesar da presença desta correlação, a ausência de significância estatística implica que a associação entre estas variáveis poderá ser meramente coincidente, não refletindo uma tendência na população em análise.

A análise desenvolvida apresentou uma limitação significativa devido ao reduzido número de casos com dados completos referentes à variável de redução da dor entre a primeira e a última consulta ($n = 4$). Esta limitação impossibilitou a realização de análises analíticas adequadas, como a análise de variância (ANOVA), comprometendo, assim, a validade estatística dos resultados. Contudo, através da estatística descritiva, é possível observar uma tendência clara para a redução da dor ao longo do tempo, e tendo sido referido por vários pacientes uma melhoria dos sintomas ao longo do tempo, embora tal evolução não tenha sido quantificada através de escalas de dor padronizadas.

De acordo com *Reynad et al.*, a capsaicina revelou-se uma opção terapêutica eficaz no controlo da SAB. No entanto, neste estudo, a sua prescrição ocorreu apenas a um doente e, devido à indisponibilidade comercial atual, não foi possível efetuar o tratamento.⁽¹⁶⁾

O estudo evidenciou que a terapêutica mais frequentemente prescrita foi a combinação de ação local e sistémica, sendo o clonazepam o fármaco mais utilizado. Na maioria dos casos, este é administrado na forma de comprimido dissolvido na boca e posteriormente expelido, a última toma é engolida. Em segundo lugar, verificou-se a associação do clonazepam com amitriptilina ou gabapentina. Os clínicos tendem a optar inicialmente pela monoterapia com clonazepam, avançando para associações com outros fármacos apenas na ausência de melhoria clínica. É importante referir que o registo de dados feito neste estudo englobou toda a terapêutica

já realizada por cada doente para o tratamento da SAB, não sendo as associações mais extensas administradas em simultâneo.

Apenas 10.7% dos casos receberam indicação para terapêutica não medicamentosa, que inclui, entre outras, consultas em psiquiatria e psicoterapia. Segundo *Kisely et al.*, a psicoterapia demonstrou-se benéfica no tratamento destes doentes. Contudo, na maioria dos casos, esta abordagem não foi recomendada, representando uma área que poderá ser alvo de melhoria em futuras estratégias terapêuticas. A sensibilização, psicoeducação e esclarecimento dos doentes acerca da patologia contribuem frequentemente para a melhoria espontânea da sintomatologia.⁽¹⁷⁾

Em continuidade com a abordagem terapêutica e os padrões clínicos previamente descritos, este estudo também analisou a localização da sintomatologia associada à SAB. Verificou-se que a região mais frequentemente afetada foi a língua, referida por 18 pacientes (64.3%), apresentando sintomas distribuídos pelo dorso, ventre, bordo lateral e ponta. Seguiram-se o palato (25%, n = 7), a gengiva/rebordo alveolar e os lábios (10.7%, n = 3), bem como o pavimento lingual, a mucosa jugal e a orofaringe (3.6%, n = 1).

A sintomatologia revelou-se predominantemente bilateral em 71.4% dos casos (n = 20), afetando, na maioria das vezes, toda a cavidade oral. Estes resultados corroboram a sequência observada na revisão sistemática realizada por *Lima-Souza et al.*, onde a língua foi também a área mais frequentemente acometida (n = 282), seguida pelo palato (n = 266), gengiva (n = 237), lábio/mucosa labial (n = 101), mucosa jugal (n = 101), pavimento lingual (n = 65) e mucosa faríngea (n = 2).⁽⁶⁾

Na literatura, as percentagens de sintomas referidos incluem 82% queimadura, 47% xerostomia, 36% sensação de corpo estranho/globo faríngeo, 23% disgeusia, 13% disestesia e 11% de sialorreia⁽⁶⁾. Neste estudo, os dados indicaram queimadura em 71.4%, xerostomia em 60.7%, disgeusia em 53.6%, estomatodinea disfagia em 10.7%, disestesia globo faríngeo em

3.6% e disosmia em 0%. Além destes sintomas, vários pacientes relataram sensações como “pó na boca”, “fios de cabelo”, “sabor a papel” e “consistência pastosa na boca”.

Verificou-se a possível relação de alguns sintomas entre si. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a xerostomia e a hipossalialia, sendo possível concluir que a xerostomia, em doentes com SAB, não está associada a um fluxo salivar reduzido. Alguns estudos levantam a questão de se os pacientes com SAB terem um fluxo salivar reduzido ou se a sensação de ardor é secundária a uma hipossalialia.⁽⁶⁾

É importante denotar que, embora os processos clínicos analisados tivessem dados acerca da função salivar, na maioria dos doentes o fluxo salivar não foi medido objetivamente, constituindo assim um viés.

Não se observou uma associação com significado estatístico entre a disgeusia e o ardor, mesmo 63.2% dos doentes com ardor apresentando disgeusia. Embora descritos em conjunto na literatura, estes sintomas não se apresentam relacionados entre si.^(6,9)

Em 50% dos doentes, a intensidade da sintomatologia variou ao longo do dia, sendo comum o relato de alívio durante as refeições, com o uso de pastilha elástica e melhoras pela manhã, enquanto o agravamento dos sintomas ocorreu à noite e após a ingestão de alimentos picantes e ácidos. Não foram encontrados dados na literatura acerca da variação da sintomatologia ao longo do dia.

A média de acompanhamento dos doentes com SAB na FMDUL foi de 16.09 meses, com uma variação que se estendeu de 1 até 130 meses. Importa referir que alguns pacientes não regressaram após a primeira consulta, enquanto outros procuraram apenas uma segunda opinião, comportamento comum nesta patologia. Tal comportamento justifica a existência de acompanhamentos com durações reduzidas. Apesar da amostra ser composta por apenas 28 doentes, vários deles realizaram múltiplas consultas, o que reforça a consistência dos dados obtidos. Contudo, é importante ressaltar que a análise estatística analítica foi limitada, uma vez

que não se obtiveram resultados estatisticamente significativos, o que restringe a possibilidade de conclusões mais definitivas.

6. Conclusões

A Síndrome de Ardor Bucal continua a representar um desafio clínico significativo.

Este estudo permitiu descrever, de forma detalhada, as características clínicas e epidemiológicas de uma amostra de 28 doentes diagnosticados com SAB, atendidos na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Confirmando tendências previamente descritas na literatura, verificou-se uma maior prevalência no sexo feminino e em idades mais avançadas. A oitava década de vida foi a mais representada, o que reforça a associação entre envelhecimento e a SAB, embora sem significância estatística. A maioria dos doentes apresentava sintomatologia bilateral e difusa, sendo a língua a zona mais frequentemente afetada, seguida do palato, conforme observado em revisões sistemáticas recentes.

No domínio psicossocial, registou-se uma elevada prevalência de ansiedade e de uso de psicofármacos, bem como uma incidência relevante de perturbações do sono. Apesar de os dados clínicos não terem permitido uma avaliação psicológica formal, os resultados apontam para a importância crescente da componente psicossomática na fisiopatologia da SAB. A ausência de associação estatisticamente significativa entre ansiedade e perturbações do sono poderá ser atribuída às limitações amostrais e à escassez de registos completos, embora a prevalência observada sugira uma correlação clínica relevante.

Percebeu-se que a xerostomia nem sempre está relacionada com alterações reais na produção salivar. Da mesma forma, não se encontraram associações estatisticamente significativas entre a xerostomia e o ardor, nem entre a disgeusia e a sensação de queimadura, evidenciando a complexidade e variabilidade da sintomatologia.

A dor referida foi, em média, muito intensa na primeira consulta, com uma redução na última consulta, refletindo um efeito positivo das intervenções terapêuticas.

O fármaco mais prescrito foi o clonazepam, em monoterapia ou combinado com outros agentes como a amitriptilina e a gabapentina. A via de administração mais comum foi a tópica

com, com algumas variações consoante a resposta clínica. A terapêutica não medicamentosa foi pouco explorada, sendo um dos tratamentos a investigar no futuro.

O tempo médio até ao diagnóstico foi de elevado, revelando demora dos doentes em procurar ajuda, frequentemente devido à natureza inespecífica dos sintomas e à sua sobreposição com outras condições. Muitas vezes o desconhecimento por parte dos médicos dentistas também pode levar ao atraso. Estes contribuem para o agravamento da dor e impacto emocional, como observado na literatura.

Por fim, uma das principais limitações deste estudo prende-se com o número reduzido de doentes e os registos incompletos em várias variáveis, o que dificultou a realização de análises estatísticas analíticas mais robustas. No entanto, a análise descritiva realizada permitiu identificar padrões relevantes e levantar hipóteses clínicas que deverão ser aprofundadas em estudos futuros.

Neste sentido, considera-se essencial a criação de um algoritmo de recolha de dados claro e padronizado, que permita melhorar e facilitar o diagnóstico precoce e otimizar o seguimento dos doentes. Adicionalmente, torna-se pertinente investigar com maior profundidade a possível sobreposição entre a SAB e a Perturbação de Sintomas Somáticos descrita no DSM-V, o que poderá abrir novas perspectivas terapêuticas, tanto ao nível farmacológico como psicoterapêutico.

Assim, este trabalho contribui para o conhecimento da realidade clínica nacional da SAB, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, estruturada e centrada no doente, que contemple as dimensões físicas, emocionais e sociais desta síndrome complexa.

Bibliografia

1. Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clinical Neurophysiology* [Internet]. janeiro de 2012 [citado 4 de novembro de 2024];123(1):71–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1388245711006924>
2. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalalgia* [Internet]. fevereiro de 2020 [citado 14 de outubro de 2024];40(2):129–221. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102419893823>
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* [Internet]. janeiro de 2018 [citado 14 de outubro de 2024];38(1):1–211. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102417738202>
4. Wu S, Zhang W, Yan J, Noma N, Young A, Yan Z. Worldwide prevalence estimates of burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases* [Internet]. setembro de 2022 [citado 4 de novembro de 2024];28(6):1431–40. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13868>
5. Lee YH, Chon S. Burning mouth syndrome in postmenopausal women with self-reported sleep problems. *CRANIO®* [Internet]. 3 de julho de 2020 [citado 14 de outubro de 2024];38(4):221–32. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08869634.2018.1512549>
6. De Lima-Souza RA, Pérez-de-Oliveira ME, Normando AGC, Louredo BVR, Mariano FV, Farag AM, et al. Clinical and epidemiological profile of burning mouth syndrome patients following the International Headache Society classification: a systematic review and meta-analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* [Internet]. fevereiro de 2024 [citado 21 de outubro de 2024];137(2):119–35. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212440323006843>

7. Currie CC, Ohrbach R, De Leeuw R, Forssell H, Imamura Y, Jääskeläinen SK, et al. Developing a research diagnostic criteria for burning mouth syndrome: Results from an international Delphi process. *Journal of Oral Rehabilitation* [Internet]. março de 2021 [citado 24 de fevereiro de 2025];48(3):308–31. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joor.13123>
8. Lee GS, Kim HK, Kim ME. Relevance of sleep, pain cognition, and psychological distress with regard to pain in patients with burning mouth syndrome. *CRANIO®* [Internet]. 2 de janeiro de 2022 [citado 14 de outubro de 2024];40(1):79–87. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08869634.2019.1681621>
9. Khawaja S, Bavia P, Keith D. Clinical Characteristics, Treatment Effectiveness, and Predictors of Response to Pharmacotherapeutic Interventions in Burning Mouth Syndrome: A Retrospective Analysis. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* [Internet]. abril de 2020 [citado 14 de outubro de 2024];34(2):157–66. Disponível em: <https://www.jofph.com/articles/10.11607/ofph.2180>
10. Kwong KCL, Yeoh S, Balasubramaniam R. Is oral dysaesthesia a somatic symptom disorder?. *Journal of Oral Pathology & Medicine* [Internet]. julho de 2020 [citado 16 de junho de 2025];49(6):499–504. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jop.13064>
11. Russo M, Crafa P, Guglielmetti S, Franzoni L, Fiore W, Di Mario F. Burning Mouth Syndrome Etiology: A Narrative Review. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases* [Internet]. 12 de junho de 2022 [citado 21 de outubro de 2024];31(2):223–8. Disponível em: <https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/4245>
12. Pereira JV, Normando AGC, Rodrigues-Fernandes CI, Rivera C, Santos-Silva AR, Lopes MA. The impact on quality of life in patients with burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radio-*

- logy [Internet]. fevereiro de 2021 [citado 15 de junho de 2025];131(2):186–94. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212440320313973>
13. Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR, Schenck LA, Davis MD. A Population-Based Study of the Incidence of Burning Mouth Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. novembro de 2014 [citado 14 de outubro de 2024];89(11):1545–52. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619614005400>
 14. DSM-5. 2013.
 15. Fenelon M, Quinque E, Arrive E, Catros S, Fricain J. Pain-relieving effects of clonazepam and amitriptyline in burning mouth syndrome: a retrospective study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* [Internet]. novembro de 2017 [citado 14 de outubro de 2024];46(11):1505–11. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0901502717314042>
 16. Antoun Reyad A, Mishriky R, Girgis E. Pharmacological and non-pharmacological management of burning mouth syndrome: A systematic review. *Dental and Medical Problems* [Internet]. 30 de setembro de 2020 [citado 21 de outubro de 2024];57(3):295–304. Disponível em: <http://www.dmp.umed.wroc.pl/pdf/2020/57/3/295.pdf>
 17. Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Black E, Lalloo R. A systematic review of randomized trials for the treatment of burning mouth syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. julho de 2016 [citado 16 de junho de 2025];86:39–46. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399916302082>

7. Anexos e Apêndices

7.1. Anexo I - Parecer da Comissão de Ética ao Protocolo de Investigação



Comissão de Ética

Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 10 de outubro de 2024, apreciou o seguinte pedido de parecer:

| Código | Título do Estudo |
|---|--|
| CE-FMDUL202435 | "Caracterização clínica e epidemiológica de doentes com síndrome de ardor bucal numa população portuguesa" |
| Ambito | Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária" |
| Investigador principal / Estudante | Catarina Isabel Lopes Marques |
| Pertinência do estudo e da sua conceção | Adequados |
| Benefícios e riscos previsíveis | Avaliação favorável |
| Avaliação do protocolo | Positiva |
| Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa | Adequados |
| Condições materiais e humanas necessárias | Adequadas |
| Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes | Não se aplica |
| Modalidades de recrutamento dos participantes | Não se aplica |
| Conflito de interesses do promotor ou do investigador | Não referidas |
| Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo | Não se aplica |
| Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes | Não se aplica |

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir **parecer favorável**.

Lisboa, 21 de outubro de 2024

O presidente

Assinado por: **JOÃO MANUEL DE AQUINO MARQUES**
 Num. de identificação: 05031635
 Data: 2024.10.21 14:57:09+01'00'



7.2. Anexo II

7.2.1. Critérios diagnósticos do Transtorno de Sintomas Somáticos do DSM-V

| Diagnostic Criteria | 300.82 (F45.1) |
|---|----------------|
| Somatic Symptom Disorder | |
| A. One or more somatic symptoms that are distressing or result in significant disruption of daily life. | |
| B. Excessive thoughts, feelings, or behaviors related to the somatic symptoms or associated health concerns as manifested by at least one of the following: | |
| 1. Disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms. | |
| 2. Persistently high level of anxiety about health or symptoms. | |
| 3. Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns. | |
| C. Although any one somatic symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is persistent (typically more than 6 months). | |
| <i>Specify if:</i> | |
| With predominant pain (previously pain disorder): This specifier is for individuals whose somatic symptoms predominantly involve pain. | |
| <i>Specify if:</i> | |
| Persistent: A persistent course is characterized by severe symptoms, marked impairment, and long duration (more than 6 months). | |
| <i>Specify current severity:</i> | |
| Mild: Only one of the symptoms specified in Criterion B is fulfilled. | |
| Moderate: Two or more of the symptoms specified in Criterion B are fulfilled. | |
| Severe: Two or more of the symptoms specified in Criterion B are fulfilled, plus there are multiple somatic complaints (or one very severe somatic symptom). | |

7.3. Apêndice I - Caracterização das variáveis estudadas

| Designação da variável | Categorias das variáveis | Tipo de variável |
|---------------------------------------|---|---------------------|
| Sexo | Feminino, Masculino | Qualitativa nominal |
| Idade na 1ª consulta | - | Quantitativa |
| Década de vida | - | Quantitativa |
| Idoso | Não, Sim | Qualitativa nominal |
| Hábitos tabágicos | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Hábitos alcoólicos | Não, Ocasionalmente, Diariamente 999 | Qualitativa nominal |
| Perturbação do sono | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Cancerofobia | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Ansiedade | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Depressão | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Psicofármacos | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Sintomatologia Uni/Bilateral | Unilateral, Bilateral, 999 | Qualitativa nominal |
| Toda a boca | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Língua | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Pavimento lingual | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Palato | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Gengiva/Rebordo alveolar | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Lábios | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Mucosa Jugal | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Orofaringe | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Xerostomia | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Dor tipo queimadura/ardor | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Disestesia/Parestesia | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Estomatodinea | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Disgeusia/Hipogeusia | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Disosmia/Hiposomia? | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Disfagia/Odinofagia | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Globo Faríngeo/Corpo estranho | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Função Salivar | Hipossialico, Normossialico, Hi- persialico 999 | Qualitativa nominal |
| Tempo até ao diagnóstico em meses | -,999 | Quantitativa |
| Tempo de acompanhamento em meses | -,999 | Quantitativa |
| Intensidade de dor na 1ª consulta | -,999 | Quantitativa |
| Intensidade de dor na última consulta | -,999 | Quantitativa |
| Redução da dor | -, 999 | Qualitativa nominal |
| Tipo de terapêutica instituída | Local, Sistémica, Local+Sistémica, Sem terapêutica 999 | Qualitativa nominal |

| Designação da variável | Categorias das variáveis | Tipo de variável |
|--|---|-------------------------|
| Tipo de terapêutica medicamentosa instituída | Clonazepam, Amitriptilina, Gabapentina, Pregabalina, Clonazepam+Amitriptilina, Clonazepam+gabapentina, Clonazepam+Pregabalina, Clonazepam+gabapentina+pregabalina, Clonazepam+amitriptilina+gabapentina+pregabalina, Clonazepam+Nortriptilina+Amitriptilina+Capsaicina, Sem terapêutica | Qualitativa nominal |
| Terapêutica não medicamentosa | Não, Sim, 999 | Qualitativa nominal |
| Agravamento da sintomatologia | Intensidade constante, Variações de intensidade, 999 | Qualitativa nominal |

7.4. Apêndice II - Estatística Descritiva

Tabela da distribuição de idades

| | | Frequência Absoluta | Frequência Relativa | F. Relativa válida |
|-------|----|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 38 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 46 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 47 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 51 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 55 | 2 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| 56 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 58 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 62 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 63 | 2 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| 65 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 69 | 2 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| 70 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 72 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 74 | 3 | 10.7 | 10.7 | 10.7 |
| 75 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 76 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 77 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 79 | 2 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| 81 | 2 | 7.1 | 7.1 | 7.1 |
| 82 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| 84 | 1 | 3.6 | 3.6 | 3.6 |
| Total | 28 | 100 | 100 | 100 |

Tabela do tempo até ao diagnóstico (em meses)

| | Frequência Absoluta | Frequência Relativa | F. Relativa válida |
|--------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 2 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 3 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 4 | 2 | 7.1 | 10.5 |
| 6 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 9 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 12 | 3 | 10.7 | 15.8 |
| 24 | 4 | 14.3 | 21.1 |
| 30 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 36 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 45 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 180 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 216 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| Total | 19 | 67.9 | 100 |
| Omisso | 9 | 32.1 | |

Tabela do tempo de acompanhamento (em meses)

| | Frequência Absoluta | Frequência Relativa | F. Relativa válida |
|--------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 1 | 6 | 21.4 | 27.3 |
| 2 | 4 | 14.3 | 18.2 |
| 6 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 8 | 2 | 7.1 | 9.1 |
| 9 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 10 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 12 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 21 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 23 | 2 | 7.1 | 9.1 |
| 24 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 66 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| 130 | 1 | 3.6 | 4.5 |
| Total | 22 | 78.6 | 100 |
| Omisso | 6 | 32.1 | |

Tabela da intensidade da dor na 1.ª consulta

| | Frequência Absoluta | Frequência Relativa | F. Relativa válida |
|--------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 7 | 1 | 3.6 | 5.3 |
| 8 | 3 | 10.7 | 5.3 |
| 9 | 2 | 7.1 | 5.3 |
| 10 | 2 | 7.1 | 10.5 |
| Total | 8 | 28.6 | 100 |
| Omisso | 20 | 71.4 | |

Tabela da intensidade da dor na última consulta

| | Frequência Absoluta | Frequência Relativa | F. Relativa válida |
|--------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 0 | 2 | 7.1 | 28.6 |
| 2 | 1 | 3.6 | 14.3 |
| 3 | 1 | 3.6 | 14.3 |
| 4 | 1 | 3.6 | 14.3 |
| 8 | 1 | 3.6 | 14.3 |
| 10 | 1 | 3.6 | 14.3 |
| Total | 7 | 25 | 100 |
| Omisso | 20 | 71.4 | |

7.5. Apêndice III - Estatística Analítica

Tabela dos testes estatístico Sexo*Idoso

| | Valor | df | Significância Assintónica (Bilateral) | Sig. lados | exata-2 Sig. lado | exata-1 Probabilidade de ponto |
|---------------------------------------|--------------------|----|---|---------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Qui-quadrado | 0.399 ^a | 1 | 0.527 | 0.635 | 0.482 | |
| Correção de continuidade ^b | 0.006 | 1 | 0.937 | | | |
| Razão de verossimilhança | 0.421 | 1 | 0.517 | 0.635 | 0.482 | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 1 | 0.482 | |
| Associação Linear por Linear | 0.385 ^c | 1 | 0.535 | 0.635 | 0.482 | 0.365 |

lidos

a. 2 células (50%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é de 1.57.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é 0.621

Tabela dos testes estatísticos Perturbação de sono*Ansiedade

| | Valor | df | Significância | As- sintónica (Bilate- ral) | Sig. exata-2 lados | Sig. exata-1 lado |
|---|--------------------|----|---------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Qui-quadrado | 5.143 ^a | 1 | 0.023 | | | |
| Correção de contin- nuidade ^b | 2.009 | 1 | 0.156 | | | |
| Razão de verossimi- lhança | 5.716 | 1 | 0.017 | | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | | 0.083 | 0.083 |
| Associação Linear por Linear | 4.571 | 1 | 0.033 | | | |
| N de casos válidos | | | | | | |

a. 4 células (50%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é de 0.67.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabela dos testes estatístico Xerostomia*Função Salivar

| | Valor | df | Significância Assintónica (Bilateral) | Sig. lados | exata-2 lado | Sig. exata-1 | Probabilidade de ponto |
|---------------------------------------|--------------------|----|---|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|
| Qui-quadrado | 1.469 ^a | 1 | 0.225 | 0.524 | 0.327 | | |
| Correção de continuidade ^b | 0.281 | 1 | 0.596 | | | | |
| Razão de verossimilhança | 2.318 | 1 | 0.128 | 0.346 | 0.327 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 0.524 | 0.327 | | |
| Associação Linear por Linear | 1.388 ^c | 1 | 0.239 | 0.524 | 0.327 | 0.327 | |

N de casos válidos 18

lidos

a. 3 células (75%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é de 0.89.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é -1.178

Tabela dos testes estatístico Xerostomia*Dor tipo queimadura/ardor

| | Valor | df | Significância Assintónica (Bilateral) | Sig. lados | exata-2 lado | Sig. exata-1 | Probabilidade de ponto |
|---------------------------------------|--------------------|----|---|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|
| Qui-quadrado | 1.094 ^a | 1 | 0.296 | 0.549 | 0.421 | | |
| Correção de continuidade ^b | 0.098 | 1 | 0.754 | | | | |
| Razão de verossimilhança | 1.782 | 1 | 0.182 | 0.549 | 0.421 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 0.549 | 0.421 | | |
| Associação Linear por Linear | 1.042 ^c | 1 | 0.307 | 0.549 | 0.421 | 0.421 | |

N de casos válidos 21

lidos

a. 3 células (75%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é de 0.71.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é -1.021

Tabela dos testes estatístico Dor tipo queimadura/ardor*Disgeusia/hipogeusia

| | Valor | df | Significância Assintónica (Bilateral) | Sig. lados | exata-2 lado | Sig. exata-1 | Probabilidade de ponto |
|---------------------------------------|--------------------|----|---|---------------|-----------------|-----------------|---------------------------|
| Qui-quadrado | 1.621 ^a | 1 | 0.203 | 0.523 | 0.295 | | |
| Correção de continuidade ^b | 0.368 | 1 | 0.544 | | | | |
| Razão de verossimilhança | 2.513 | 1 | 0.113 | 0.318 | 0.295 | | |
| Teste Exato de Fisher | | | | 0.523 | 0.295 | | |
| Associação Linear por Linear | 1.547 ^c | 1 | 0.214 | 0.523 | 0.295 | 0.295 | |

N de casos válidos 22

lidos

a. 2 células (50%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é de 0.95.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é -1.244

Tabela dos testes de normalidade do Tempo até ao diagnóstico

| | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------------------|---------------------|----|---------|
| | Estatística | gl | Sig. |
| Tempo até ao diagnóstico em meses | 0.560 | 19 | < 0.001 |

Tabela dos testes de normalidade da Intensidade da dor na 1.^a consulta

| | Shapiro-Wilk | | |
|--|---------------------|----|-------|
| | Estatística | gl | Sig. |
| Intensidade da dor na 1. ^a consulta | 0.912 | 8 | 0.366 |